



**MULTICULTURALITA',  
DISAGIO SOCIO-ECONOMICO E VIOLENZA  
CONTRO LE DONNE:  
ACTION-RESEARCH DI  
PREVENZIONE E AZIONE CON UTENTI E  
OPERATORI DI ASSISTENZA  
SOCIO-SANITARIA**

**13 dicembre 2017**

Dott.ssa Maria Monica Ratti  
Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica

- Le molteplici forme di **disagio socio-economico** e il loro legame con le esperienze di **violenza**, assumono oggi una sempre maggior **complessità**, se contestualizzate nella realtà attuale, che vede la **multiculturalità** come un aspetto sempre più distintivo. Una Società sempre più caratterizzata dalla coesistenza di storie, culture, religioni diverse, pone interrogativi e urgenze con cui le differenti discipline umanistiche e sociali sono chiamate a confrontarsi, in un rapporto a loro volta di scambio e integrazione.
- **Il «multiculturalismo»** è divenuto un concetto polisemico, Si riferisce alla presenza di **differenze** nelle abitudini culturali, nelle preferenze e nei valori di gruppi che convivono nel medesimo spazio sociale. (*E. Colombo, 2011*).  
La differenza – intesa come specificità piuttosto che come contrapposizione – è generalmente ritenuta una caratteristica ineliminabile delle società contemporanee



- La crescente attenzione agli episodi di violenza ci mostra oggi come questi possano manifestarsi con sempre maggior frequenza e con differenti modalità che si esplicitano non soltanto in comportamenti che investono la dimensione fisica ma con dinamiche che toccano la sfera emozionale e psicologica.
- Disagio, povertà e marginalità sociale possono amplificare le ripercussioni sia sull'aspetto relazionale che identitario. Le difficoltà e la mancanza di indipendenza economica possono infatti influire e determinare ostacoli nell'attivazione delle proprie risorse e nella possibilità di pensare e attuare cambiamenti (Briere & Jordan, 2004).



- Secondi i dati World Health Organization (WHO) e Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) più recenti, si stima che 1/3 delle donne riferisca di subire violenza fisica nel mondo e oltre 6 milioni in Italia (WHO, 2013; ISTAT,2016). Nel 2014 oltre 4 milioni sono state vittime di violenza psicologica dal partner attuale. Condizioni di povertà assoluta coinvolgono nel 2015 oltre 4 milioni di individui, di cui oltre 2 milioni donne (ISTAT, 2016).



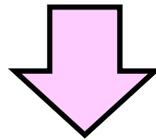
- Diversi studi mostrano come specifiche caratteristiche di queste esperienze siano associate a conseguenze psicologiche e come la gravità e la cronicità degli atti di violenza subiti mostrino un legame con distress psicologico, vissuti di ansia, depressione, disturbo post traumatico da stress (PTSD) e altri sintomi (Dutton, 1992; Friedrich, 2007; Ranner, Boel-Studt, 2013; Ziaei, Frith, Ekstrom, Naved, 2016).



- Alla luce di queste considerazioni, appare evidente la complessità del lavoro degli operatori a contatto con un'utenza che richiede investimento significativo su più fronti, tale talvolta da portare allo sviluppo di sintomi riconducibili alla sindrome di *burnout* (Maslach, 1981).

Dal desiderio di analisi di queste tematiche, sulla base del modello di Action-Research (Lewin, 1946) e grazie alla collaborazione con il Centro San Fedele di Milano e la Fondazione Roberto Franceschi, nasce il presente Progetto di Ricerca che coinvolge sia le utenti che gli operatori.

### **Bando Fondazione Franceschi 2016**



La **Fondazione Roberto Franceschi Onlus** promuove annualmente un programma di finanziamento, sostenendo la collaborazione tra Università e Enti del Territorio.

La ricerca si pone in linea con lo scopo della Fondazione stessa, interessata a finanziare la raccolta di dati originali all'interno di Progetti di Ricerca nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura di patologie sociali e forme di emarginazione sociale.

# Servizio di Prima Accoglienza e Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele di Milano

La Prima Accoglienza e Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele di Milano presenta un'attenzione particolare **all'ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE** e **all'EDUCAZIONE SANITARIA**.

E' una realtà presente sul territorio **dal 1948**, attenta ai mutamenti sociali, che rivolge i propri servizi a persone con diverse situazioni di **disagio e marginalità sociale**:

- migranti,
- anziani in situazione di ingente difficoltà economica,
- adulti senza fissa dimora di recente o lungo corso,
- giovani donne con bambini

Circa 1.000 persone vengono aiutate ogni mese (per una media di circa 900 accessi, 80 persone per ogni giorno di apertura Servizi), per un totale di circa 10.000 contatti all'anno.

**SPORTELLLO S.A.R.A.  
"DONNE SENZA PAURA"**

S.A.R.A. intende anzitutto aiutare le donne vittime di violenze e abusi a diventare consapevoli di ciò che sta a loro accadendo, dei propri diritti e delle risorse cui attingere per far fronte al momento di sofferenza. Attraverso un ciclo di consulenze psicologiche (e legali) valuta il tipo di percorso più idoneo da intraprendere in base ai bisogni e alle caratteristiche specifiche della persona.

**PEDIATRIA**

Il servizio di pediatria vuole essere un sostegno alle giovani mamme più fragili ed è pensato come un aiuto concreto e un accompagnamento all'autonomia.

Non forniamo solo farmaci ma cerchiamo anche di dare ai genitori dei bambini gli strumenti culturali necessari perché possano svolgere al meglio il proprio ruolo.

**FISIATRIA**

Anche la fisioterapia è un aiuto per la vita faticosa delle persone che si rivolgono a noi.

**900**  
accessi al mese

Alcuni servizi:  
- Sportello farmaceutico ed educazione alla salute  
- Pediatria  
- Fisioterapia  
- Servizio consulenza psicologica

Arrivano per il 44% dal Nord Africa, 14% dal Sud America, 15% dall'Italia, 13% dall'Est Europa, 6% dai Paesi Asiatici, 2% dall'Africa sub-sahariana, 6% da altri Paesi

**80**  
persone ogni giorno di apertura dei servizi

Chi si rivolge a noi:  
- **Migranti**  
- **Anziani** in situazione di ingente difficoltà economica  
- **Senza dimora** di recente o lungo corso  
- **Giovani donne con bambini** che non riescono ad avvalersi appieno dell'assistenza sanitaria

**90** volontari tra medici, farmacisti e persone dedicate all'accoglienza, catalogazione e recupero farmaci

Da più di 70 anni per la salute e l'inclusione sociale nel cuore di Milano

**Assistenza Sanitaria  
SAN FEDELE**

Nel Centro collaborano diverse figure professionali al fine di proporre una presa in carico globale della persona, che comprenda gli aspetti medici, farmacologici, psicologici, giuridici e sociali.

# Il progetto di ricerca

La ricerca si propone i seguenti scopi:

1. Indagare l'impatto delle differenti forme di disagio sociale, povertà e violenza sulla qualità di vita e sulla salute psicofisica di chi vive queste esperienze;
2. Valutare le ricadute su variabili psicologiche relazionali e legate alla percezione della propria identità, quali la salute, il disagio emotivo e i vissuti legati alla genitorialità;
3. Identificare in termini di screening segnali di malessere significativo, così come potenzialità e capacità di attivazione delle risorse personali;
4. Rilevare le variabili psicologiche, quali empatia e stili di coping, che rivestono un ruolo fondamentale nel lavoro con l'utenza che presenta su più fronti situazioni di disagio e nella prevenzione dell'insorgenza della sindrome del burnout.



**Fondazione**  
**Roberto Franceschi**  
Onlus

# Due diversi campioni



**Utenti del Centro**

**Operatori del Centro**



# Metodologia e strumenti: utenti

- Somministrazione di una batteria testale costruita ad hoc:
  - ✓ **Scheda anagrafica**, indaga caratteristiche demografiche, socioculturali, con particolare attenzione alla situazione problematica vissuta, alla fascia di reddito e al tipo di violenza subita (psicologica, fisica, economica)
  - ✓ **GHQ-12 – General Health Questionnaire** (Goldberg D., 1978; Piccinelli et al., 1993), questionario composto da 12 item con scala Likert da 0 a 3, che consente di indagare la qualità di vita autopercepita. Fornisce un unico punteggio totale, che viene letto in maniera inversamente proporzionale. Maggiore è il punteggio emerso, peggiore è il grado di salute autopercepita.
  - ✓ **CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure** (Evans C. et al., 2000; Palmieri et al., 2009), questionario composto da 34 item con scala Likert da 1 a 5, che misura il grado di distress psicologico, identificabile in 4 sottoscale: Benessere soggettivo, Sintomi e problemi (sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma), Rischio (aspetti auto ed etero lesivi), Funzionamento (relazioni significative, funzionamento generale e sociale). Maggiore è il punteggio emerso peggiore è la condizione psicologica rilevata.

# Metodologia e strumenti: utenti

✓ **PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form** (Abidin, 1995; Guarino et al., 2008) indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali-demografici. I 36 item sono articolati in tre sottoscale:

1. distress genitoriale (fattori personali, stress associato ad altri ruoli sociali, conflitto con l'altro genitore, mancanza di supporto sociale, presenza di depressione)
2. interazione genitore-bambino disfunzionale (percezione del figlio come non rispondente alle proprie aspettative; punteggi elevati indicano che il legame genitore-bambino è minacciato o non è mai stato adeguatamente stabilito)
3. bambino difficile (caratteristiche del comportamento del bambino che lo rendono di difficile gestione, problemi nei processi di autoregolazione)

+ Risposta Difensiva + Punteggio Stress Totale

# Metodologia e strumenti: utenti

- Nel corso dell'intervista sono stati inoltre raccolti dati in un'ottica qualitativa, in relazione alla presenza di situazioni problematiche, narrate dalle utenti, riportate nella scheda anagrafica.
- La somministrazione si è svolta nel corso di un'intervista semi-strutturata condotta da uno psicologo clinico.
- La stessa batteria è stata somministrata ad un **campione di controllo**.

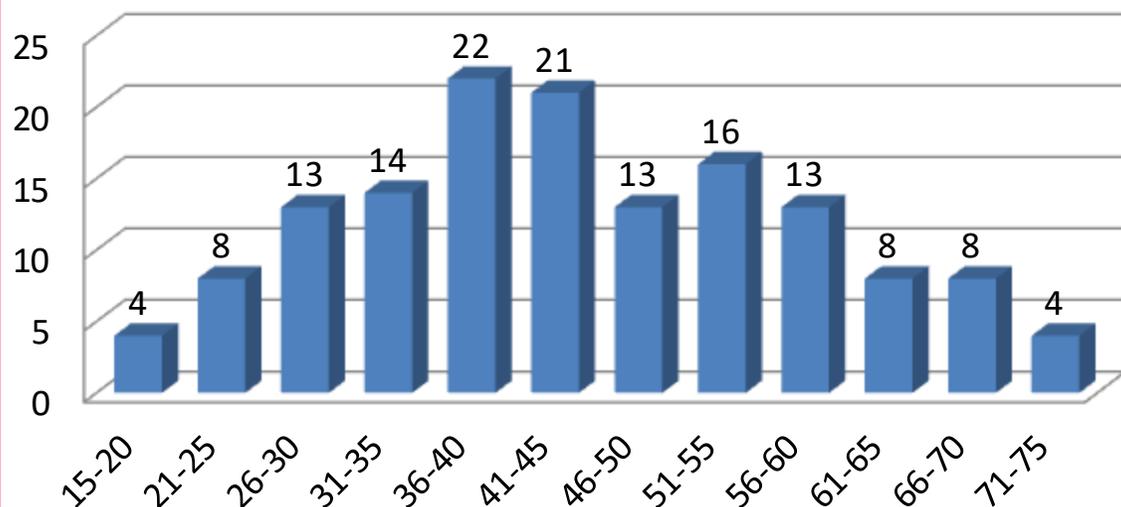


# Analisi descrittive del campione delle utenti: età



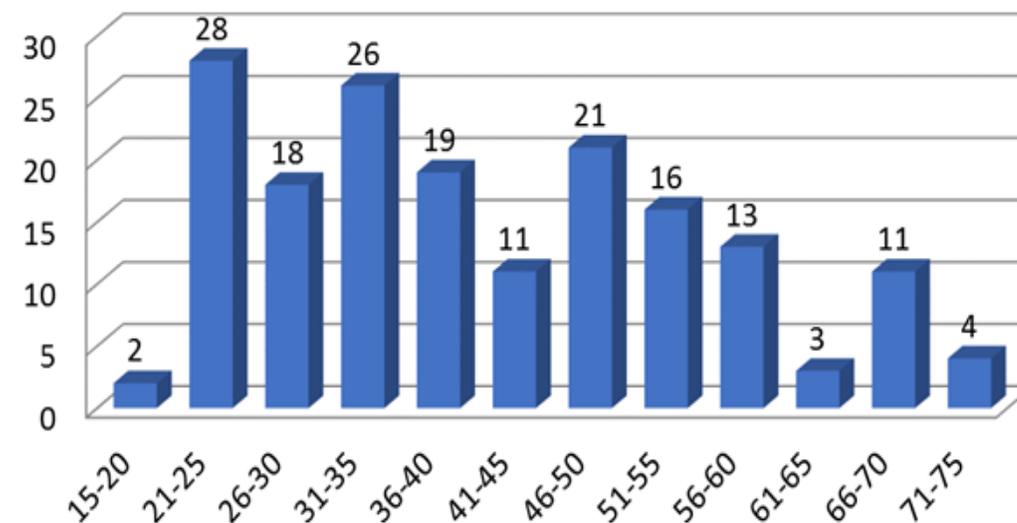
- Il campione è composto da **150 donne afferenti al Centro** e ha un'età media di 44,92 (d.s.=13,93) con un range da 15 a 75 anni.

Fasce di età

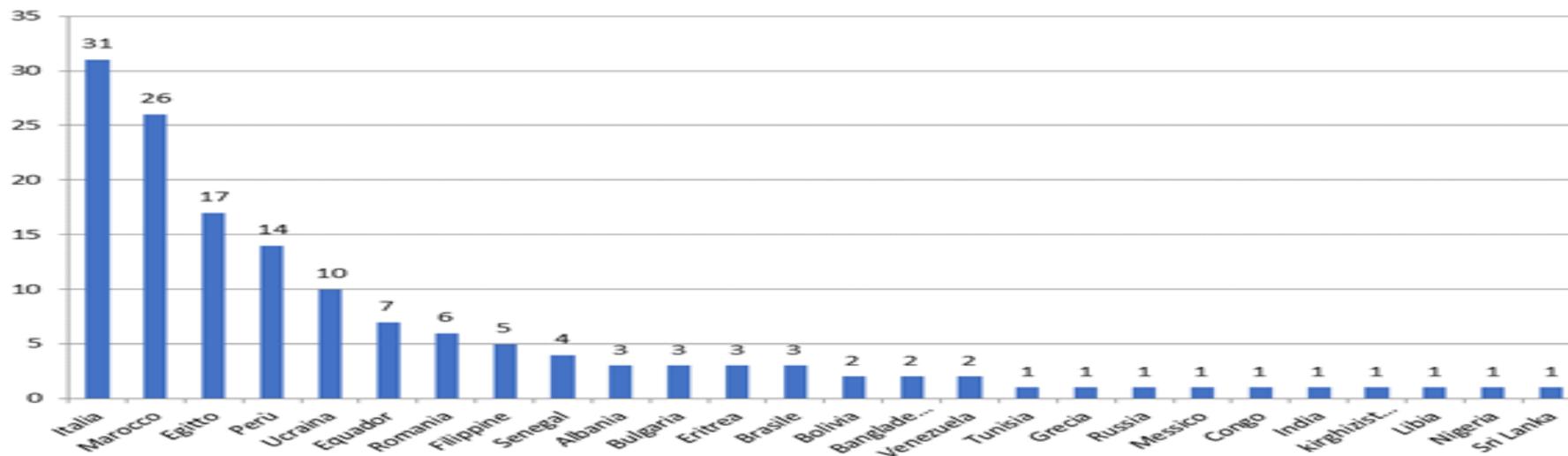
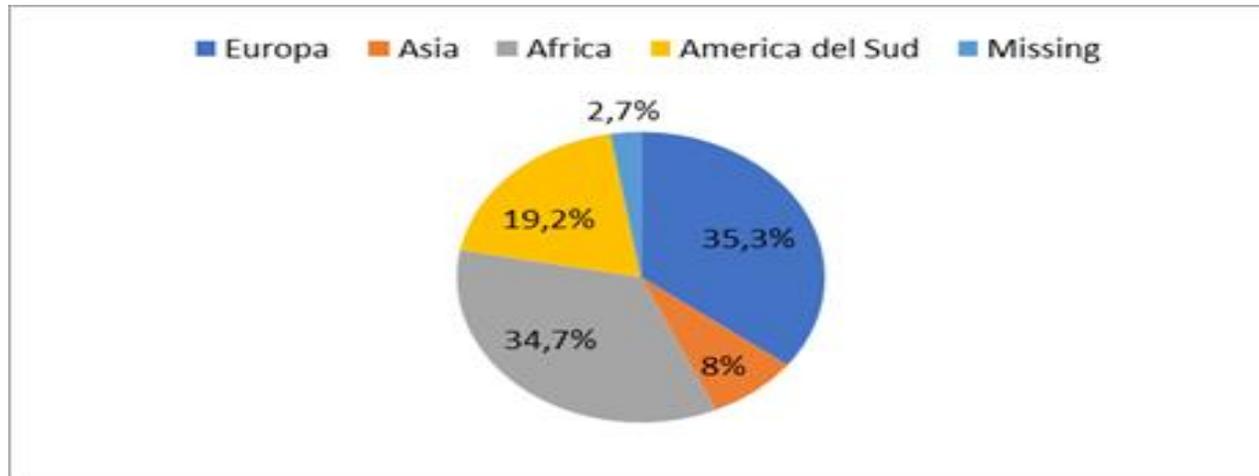


- Il campione di controllo composto da **124 donne** con un'età media di 41,27 (d.s.=14,58) con un range da 15 a 75 anni.

Fasce di età



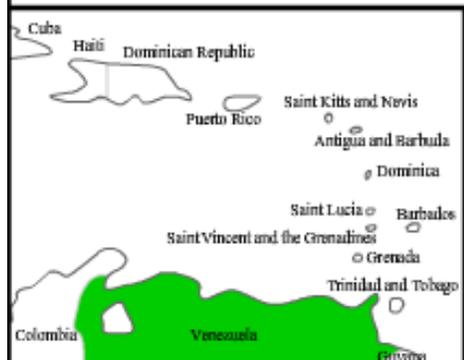
# Analisi descrittive del campione delle utenti: nazionalità



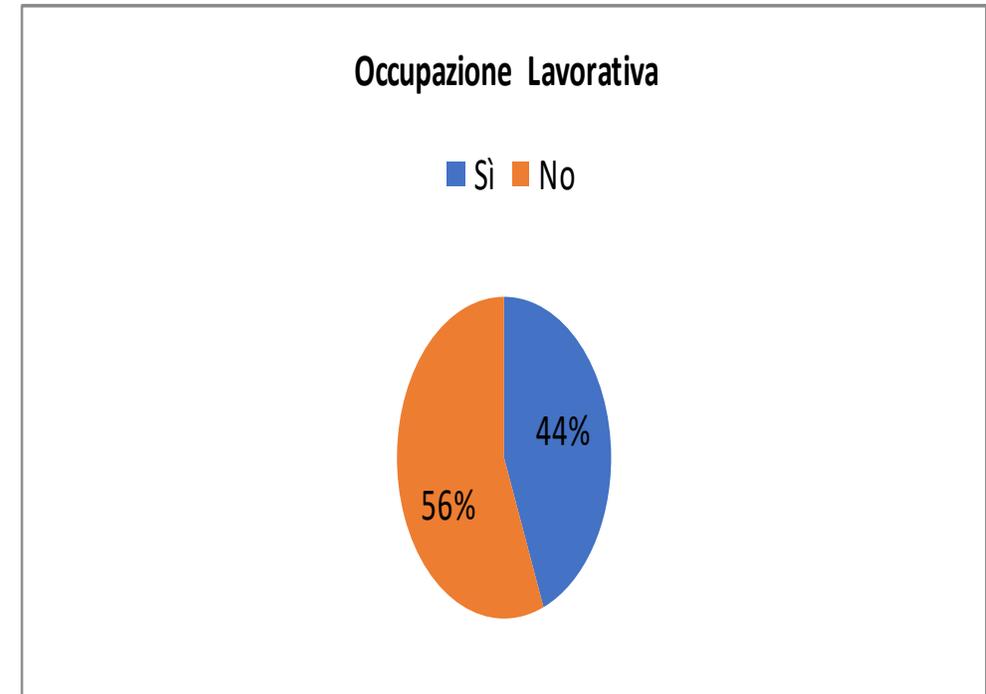
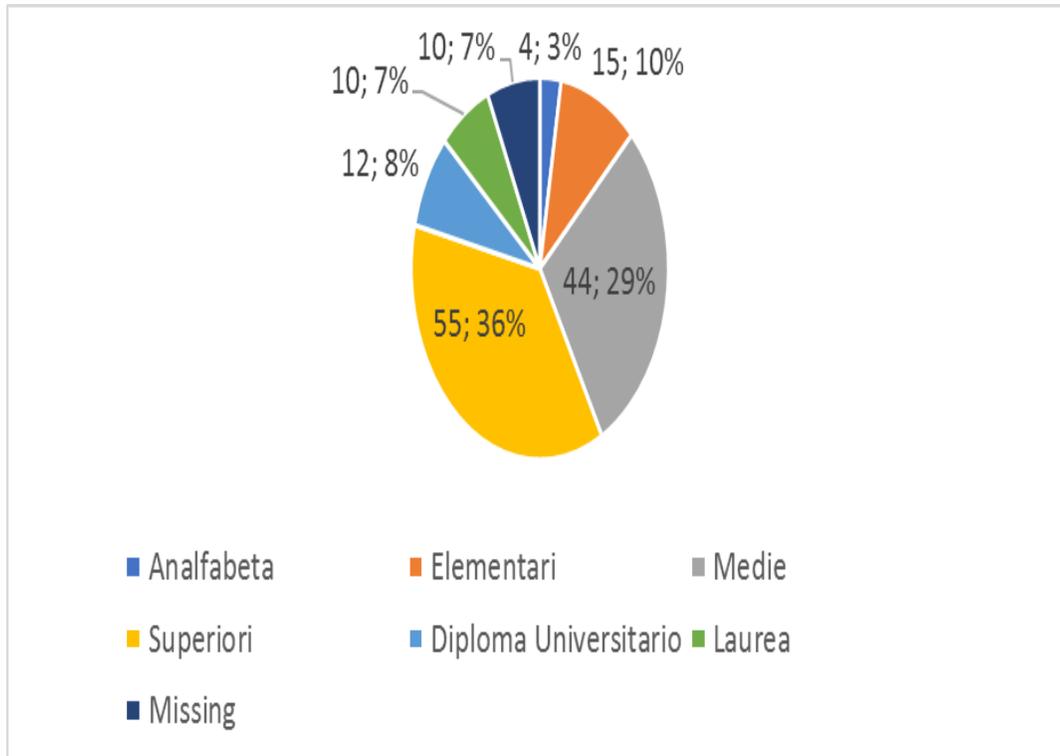


1. Saint Vincent and the Grenadines
2. Saint Lucia
3. Saint Kitts and Nevis
4. Antigua and Barbuda
5. Dominica
6. Grenada

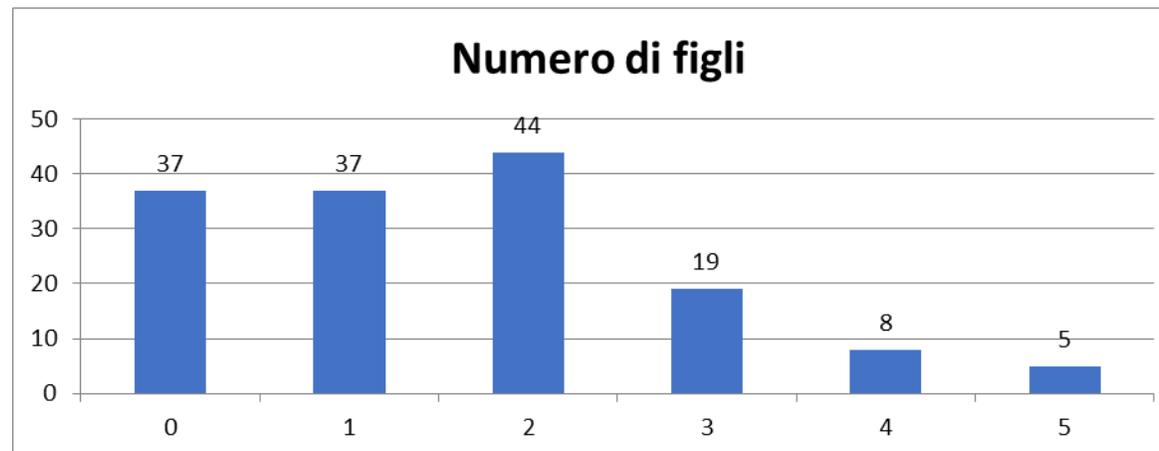
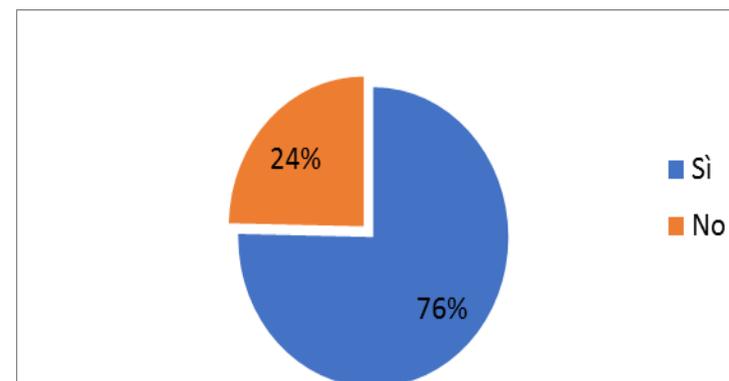
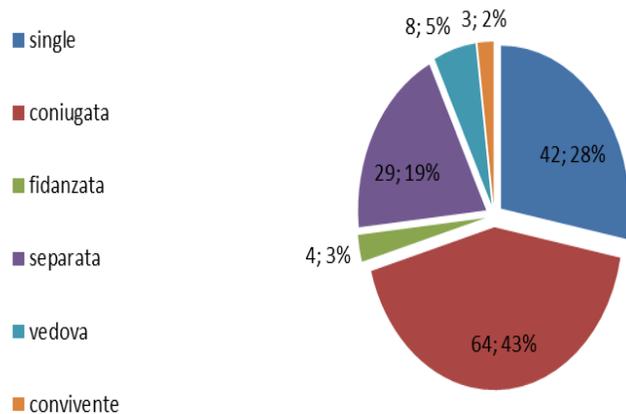
11. Democratic Republic of the Congo
12. Equatorial Guinea
13. São Tomé and Príncipe
14. Benin



# Analisi descrittive del campione delle utenti: scolarità e occupazione lavorativa



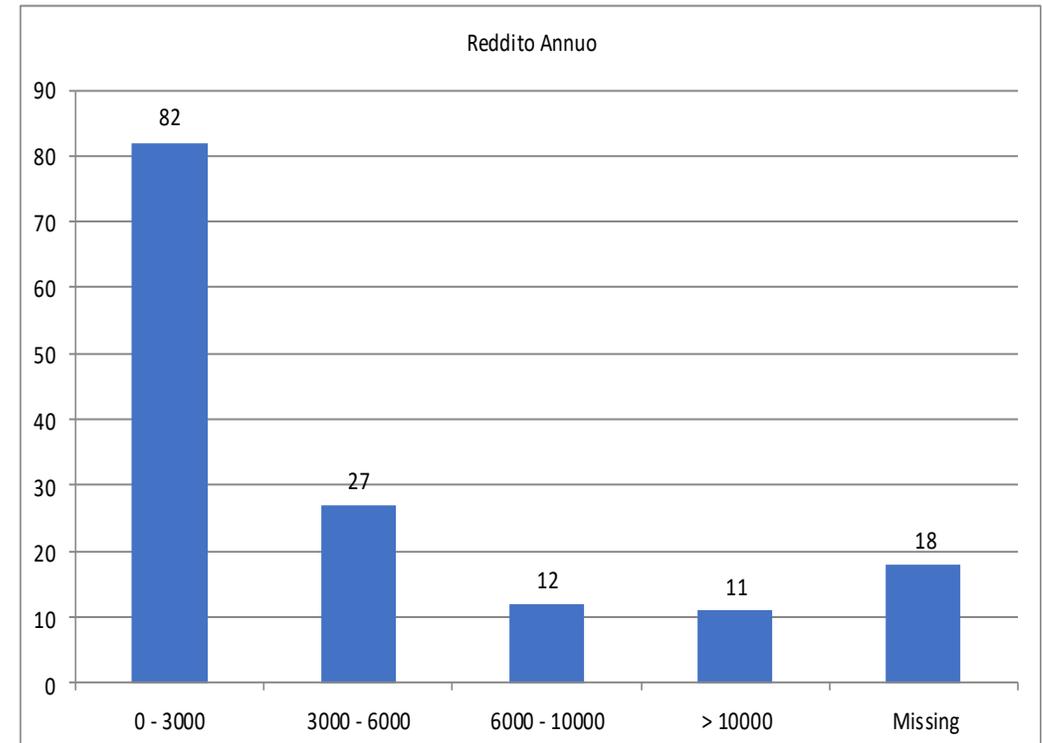
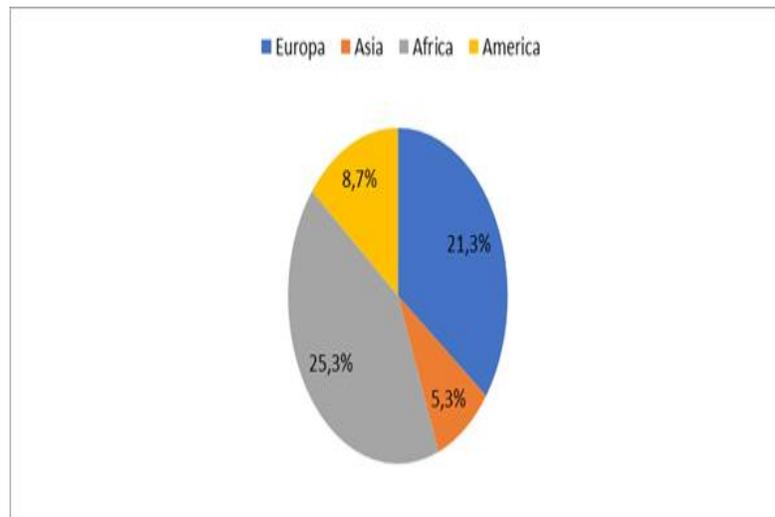
# Analisi descrittive del campione delle utenti: stato civile e figli



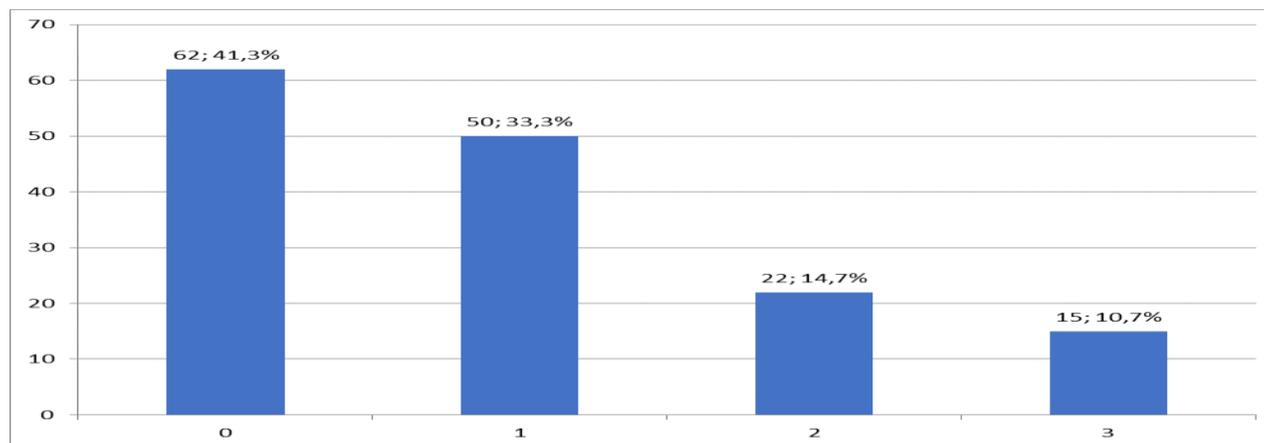
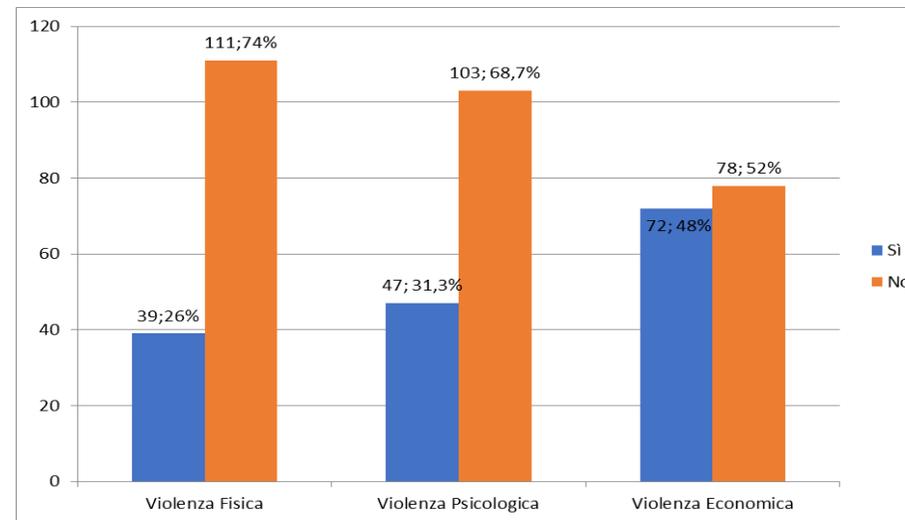
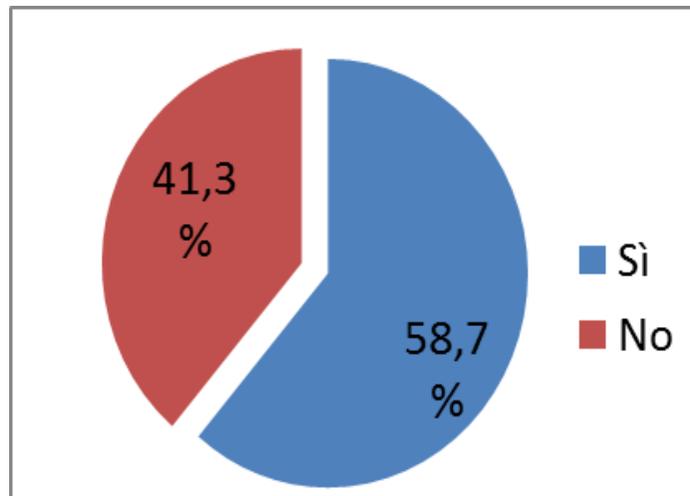
# Analisi descrittive del campione delle utenti: partner e condizione economica



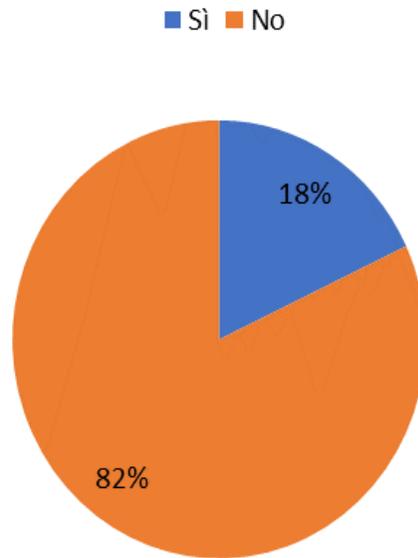
- La media del tempo dell'attuale relazione sentimentale è 12,02 anni (144,24 mesi).
- I partner sono tutti uomini.



# Analisi descrittive del campione delle utenti: violenza



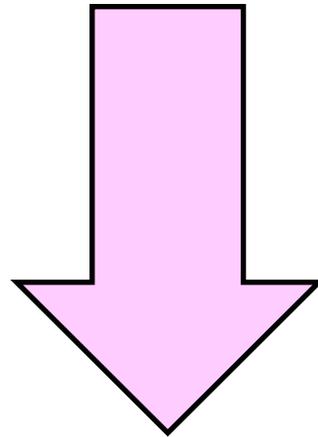
# Analisi descrittive del campione delle utenti: richiesta di supporto psicologico



Il colloquio psicologico, data l'urgenza esposta dall'utenza, si è svolto attraverso una tecnica mista che ha visto la stretta interazione tra i clinici e gli avvocati per una presa in carico globale di bisogni concreti ed emotivi.

# **QUALITA' DI VITA (GHQ-12) E DISTRESS (CORE-OM)**

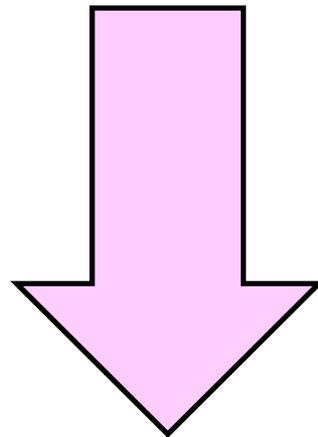
In tutti i grafici seguenti, maggiore è il punteggio ottenuto nelle diverse sottoscale del GHQ-12 E CORE-OM, peggiore è la condizione clinica di riferimento.





# **DISTRESS GENITORIALE (PSI-SF)**

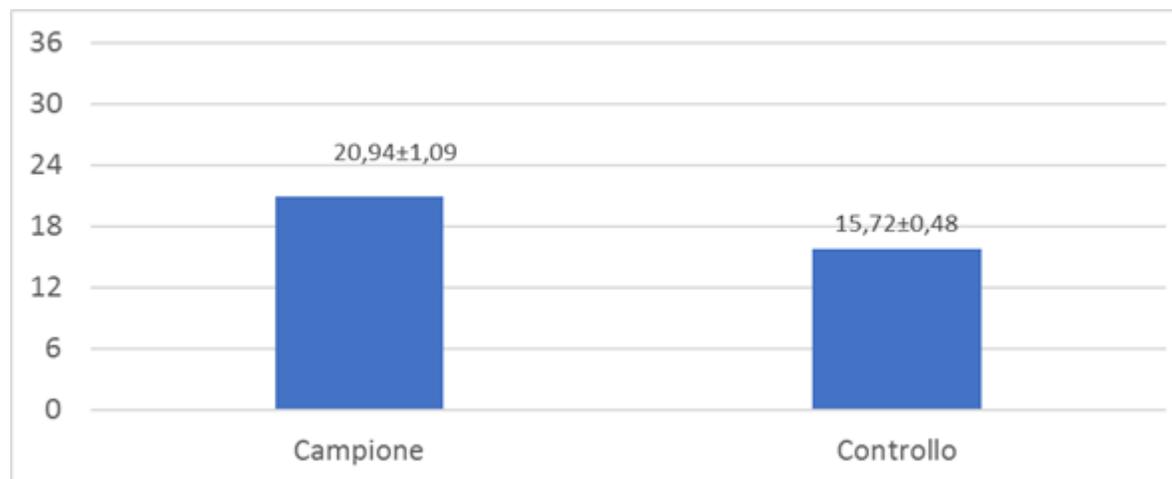
In tutti i grafici seguenti, maggiore è il punteggio ottenuto nelle diverse sottoscale del PSI-SF, peggiore è la condizione clinica di riferimento.





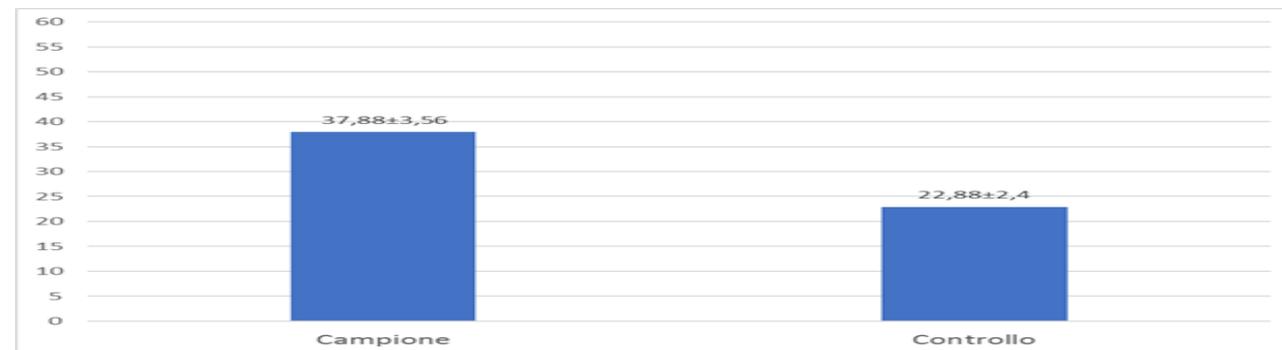
# Qualità di vita: differenze tra il campione delle utenti e campione di controllo

- Sono stati effettuati t-test confrontando il gruppo della ricerca composto dalle utenti del Centro San Fedele e il gruppo di controllo. Si sono riscontrate differenze per età e istruzione mediante analisi di t- test  $(172)=2,407$ ;  $p=,017$  e chi-square $(25,426$ ;  $p=,0001)$ .
- E' stata dunque effettuata analisi ANCOVA, per indagare differenze rispetto alla percezione della propria qualità di vita, controllando per le variabili Istruzione e Età, inserendole come covariate. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti che afferiscono al Centro  $(20,94 \pm 1,09)$  e quello del campione di controllo  $(15,72 \pm 0,48)$  rispetto al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire si è rilevata una differenza significativa  $F(1;161)=19,861$ ;  $p=,000$ .



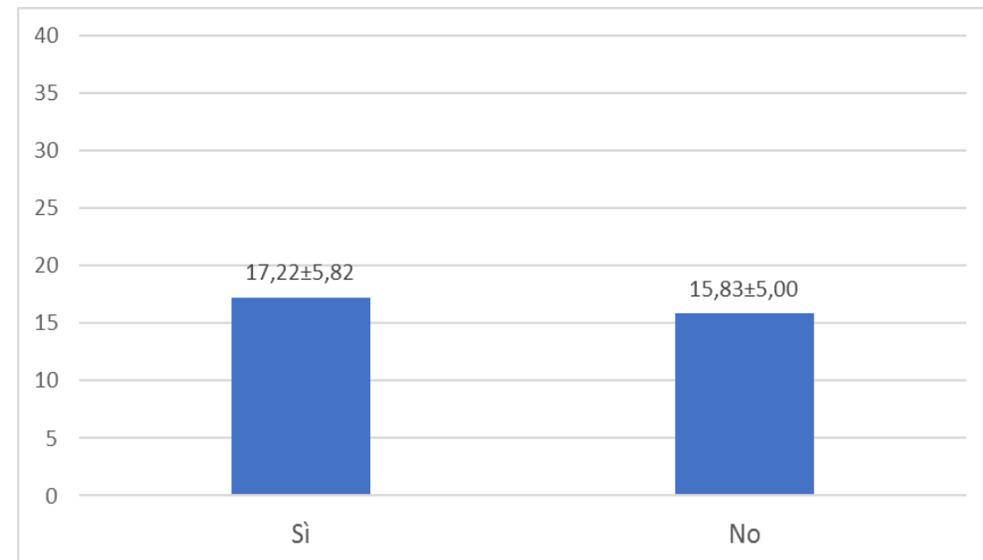
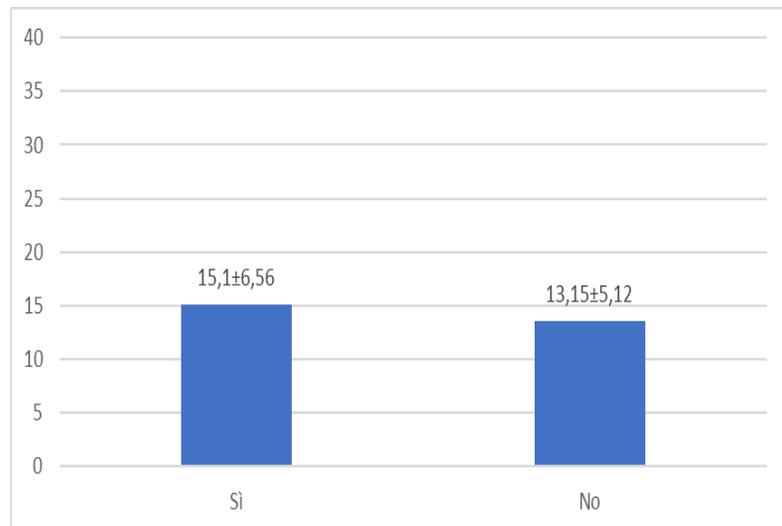
# Distress e parenting: differenze tra il campione delle utenti e campione di controllo

- E' stata successivamente effettuata analisi ANCOVA, per indagare differenze rispetto alla percezione del distress. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti che afferiscono al Centro e quello del campione di controllo rispetto al CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure), controllando istruzione ed età inserendole come covariate. Si è rilevata una differenza significativa per la sottoscala “**Sintomi e problemi**” ( in cui rientra la presenza di sintomi depressivi, ansiosi, fisici e quelli che vengono considerati effetti del trauma), del  $F(1;161)=19,558$ ;  $p=,000$
- L'analisi ANCOVA è stata utilizzata per indagare ulteriori differenze rispetto al parenting anche in relazione all'interazione disfunzionale del genitore col proprio figlio: si è rilevata una differenza significativa per la dimensione “interazione disfunzionale”  $F(1;16)=19,772$ ;  $p=,000$ .



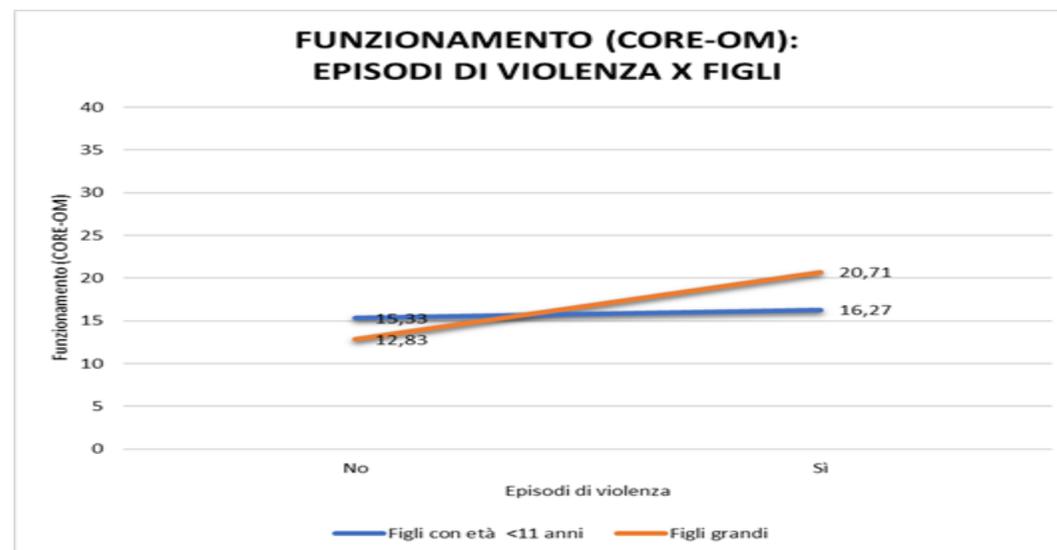
# Analisi delle differenze in relazione all'esperienza di violenza nel campione delle utenti

Una delle tematiche centrali della ricerca è relativa all'esperienza di violenza, con il desiderio di indagare quanto questa possa determinare un impatto sul benessere psicofisico e la qualità di vita e quanto queste dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. In riferimento al **punteggio totale del CORE-OM** – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, si riscontra una differenza significativa nella percezione del proprio distress tra le donne che hanno vissuto esperienza di violenza ( $15,1 \pm 6,56$ ), rispetto a quelle che non ( $13,15 \pm 5,12$ );  $t(138) = -2,257$ ;  $p = ,032$  e in riferimento al **“Funzionamento”** (valutazione delle relazioni significative, funzionamento generale e sociale) tra le donne che hanno vissuto esperienza di violenza ( $17,22 \pm 5,82$ ), rispetto a quelle che non ( $15,83 \pm 5,00$ );  $t(138) = -2,37$ ;  $p = ,019$ .



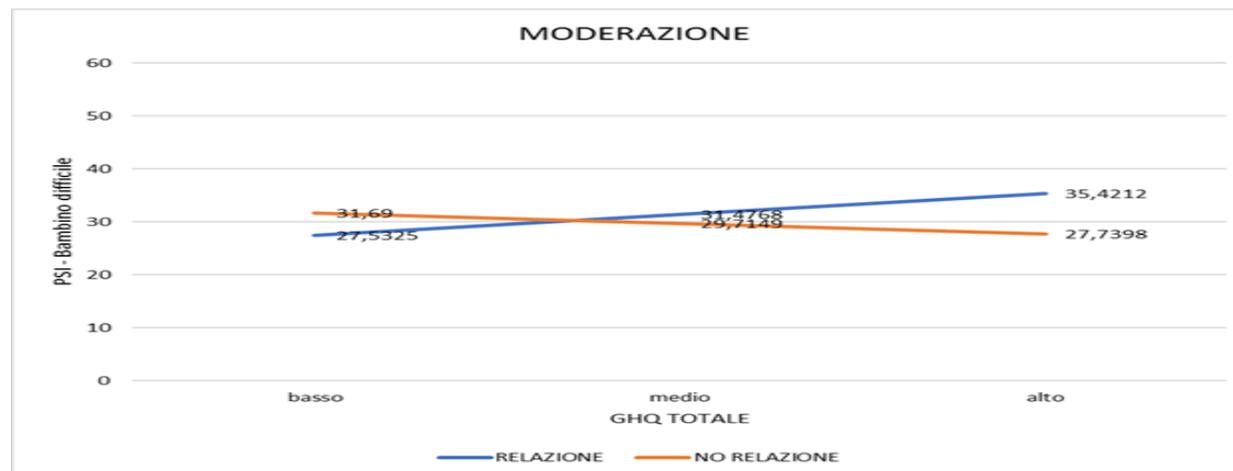
# Analisi delle differenze in relazione all'esperienza di violenza nel campione delle utenti

- Sempre rispetto al “Funzionamento” si è riscontrata una significativa interazione, controllando l'interazione di chi ha figli bambini (età >11 anni) e chi grandi, con l'aver vissuto o meno esperienza di violenza. Le donne che hanno subito episodi di violenza e hanno figli grandi (età maggiore di 11 anni) presentano punteggi maggiori, che indicano questa dimensione come maggiormente inficiata. Secondo i post hoc test, le differenze sono staticamente significative tra:
  - chi ha figli grandi e non ha vissuto violenza rispetto a chi ha figli grandi ma ha subito almeno un episodio di violenza (livello più alto in questo ultimo, quindi peggiore)
  - chi ha figli bambini, con età inferiore agli 11 anni, e non ha subito violenza rispetto a chi ha figli grandi e ha sperimentato violenza (livello più alto in questo ultimo che quindi indica maggior compromissione);  $F(1, 136)=4,4193, p=,03738$ .



# INFLUENZA DELLA QUALITÀ DI VITA SUL DISTRESS GENITORIALE : IL RUOLO DELLA RELAZIONE CON IL PARTNER

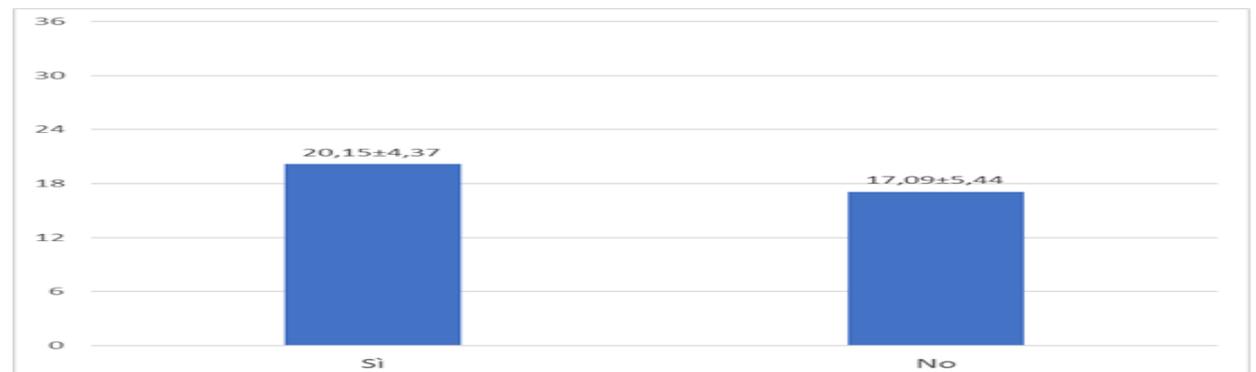
- Per affrontare uno dei temi principali della ricerca, legato all'influenza del benessere personale sulla genitorialità si è effettuata un'analisi di moderazione che consentisse di tenere conto di un'altro degli aspetti centrali indagato nello studio, quale quello della relazione. I risultati delle analisi di moderazione indicano che il livello di Qualità di Vita Autopercepita dalle donne (GHQ) predice il livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile (PSI – Bambino difficile) con effetto dell'avere o meno un partner (Relazione) come variabile moderatrice.  $F(3; 47) = 4,1986$ ;  $p=,0103$



# Colloqui psicologici

Un aspetto significativo che si è scelto di indagare è relativo alla differenza tra le utenti che richiedono ed hanno accesso a colloquio psicologico, che consente uno spazio di pensiero per l'elaborazione dei vissuti legati alle difficoltà personali e alle esperienze di violenza, e quelle che non richiedono questa opportunità.

- E' stato dunque effettuato T-Test in relazione alla percezione della propria qualità di vita, con riferimento ai punteggi al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire.. Le donne che richiedono supporto psicologico sono coloro che percepiscono la propria qualità di vita come maggiormente inficiata ( $20,15 \pm 4,37$ ) rispetto alle donne che non fanno ricorso a questa possibilità ( $17,09 \pm 5,44$ ) ;  $t(147) = -2,731$ ;  $p = .007$ .



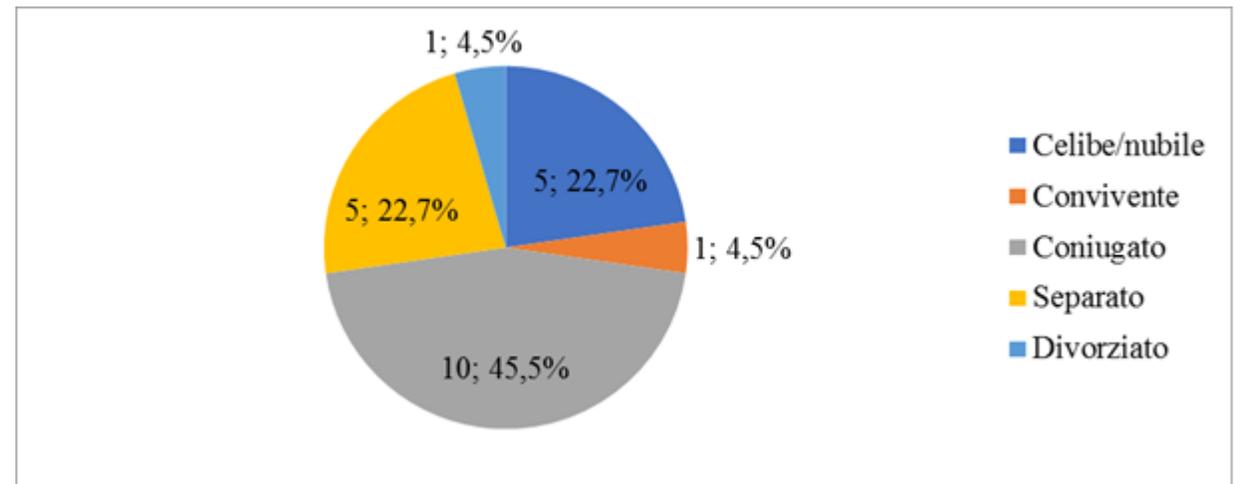
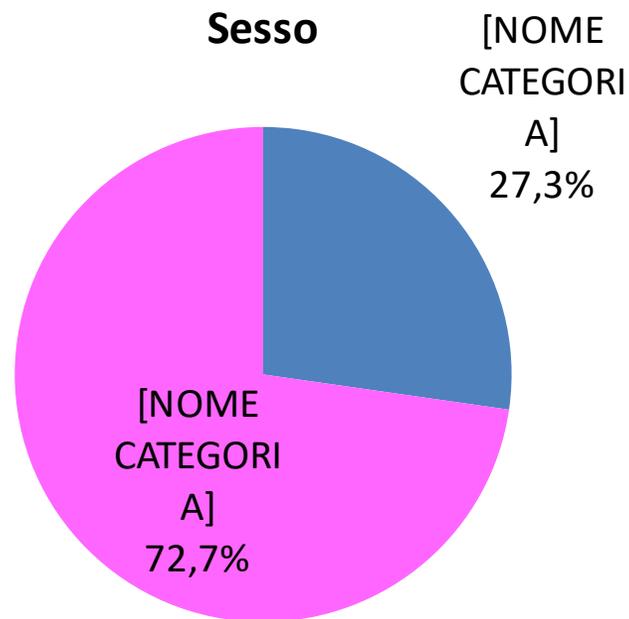
# Colloqui psicologici

- Si sono poi osservate differenze statisticamente significative, sempre mantenendo la distinzione tra chi avesse avuto accesso ai colloqui psicologici e chi non, in relazione al distress, con riferimento ai punteggi CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. Nella dimensione “**Sintomi e problemi**” rientrano sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma, ed essa appare maggiormente inficiata nelle donne che arrivano a richiedere colloquio ( $18,83 \pm 10,36$ ) rispetto a chi non usufruisce e non richiede tale opportunità ( $15,15 \pm 7,76$ );  $t(141) = -2,025$ ;  $p = ,044$ .
- Inoltre si riscontra una differenza significativa per la dimensione relativa al **funzionamento**. Le donne che richiedono supporto psicologico presentano un funzionamento maggiormente inficiato ( $18,27 \pm 5,93$ ) rispetto alle donne che non fanno ricorso a questa possibilità ( $15,83 \pm 5,42$ ),  $t(141) = -2,010$ ;  $p = ,04$ .

# **Risultati del campione degli operatori**

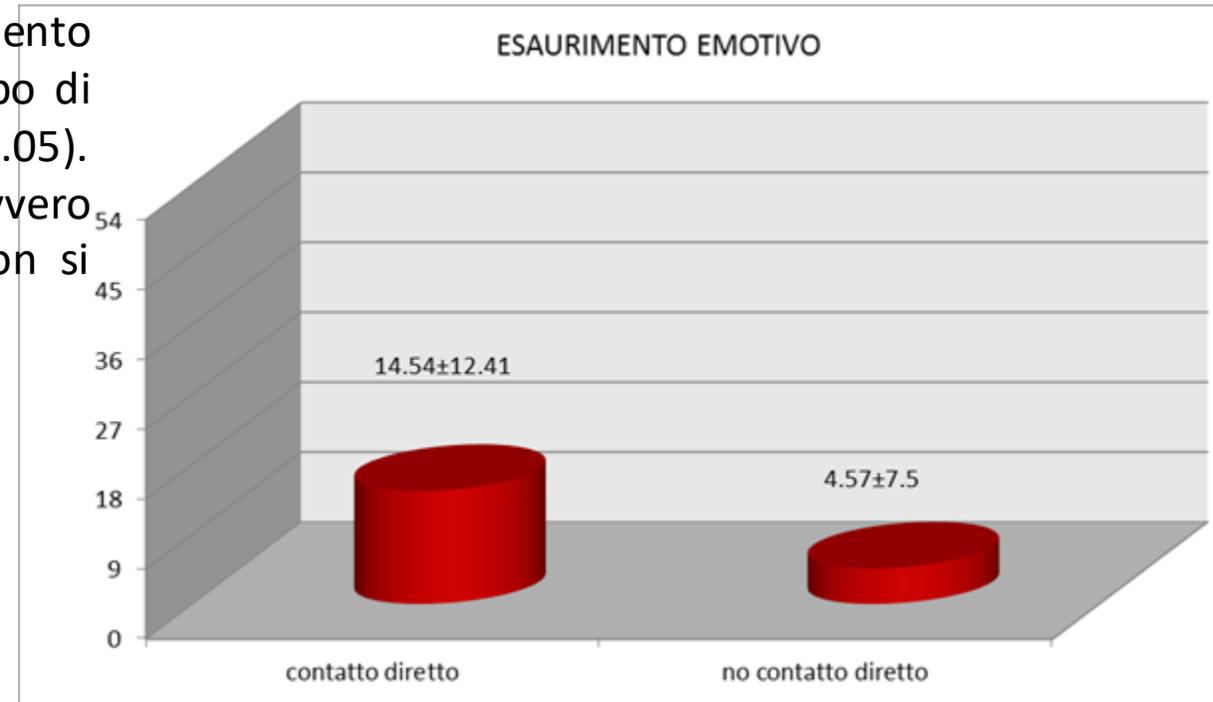
# Analisi descrittive del campione degli operatori sesso ed età

- Campione composto da **22 operatori** che lavorano all'interno Centro, età media di 55,32 (d.s.=16,65) con un range da 24 a 84 anni.



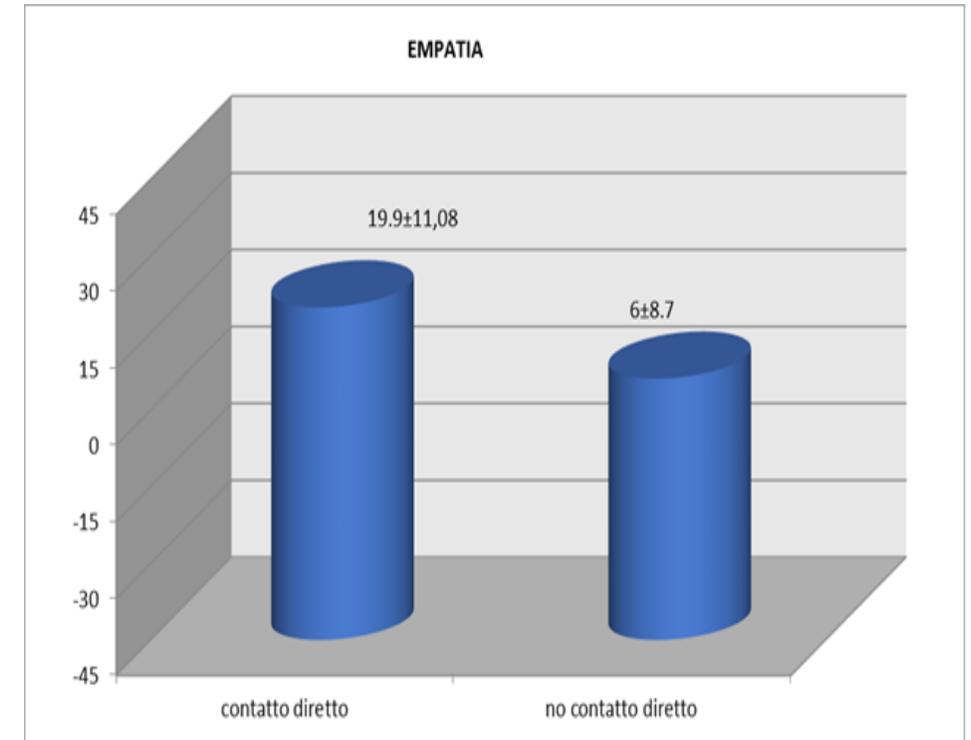
# OPERATORI A CONTATTO CON UTENTI CHE VIVONO FORME DI DISAGIO SOCIOECONOMICO E VIOLENZA

E' stato effettuato T-test per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, e si è riscontrata una differenza statisticamente significativa rispetto al burnout. In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato ( $14,54 \pm 12,41$ ) presentano livelli più elevati in relazioni ai punteggi relative all' esaurimento emotivo rispetto a coloro che non entrano in questo tipo di relazione continuativa nel tempo ( $4,57 \pm 7,5$ ) ; ( $t=2.235$ ,  $p<.05$ ). Per quanto riguarda le altre dimensioni del burnout, ovvero depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale non si riscontrano differenze significative.



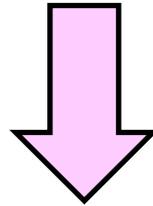
# OPERATORI A CONTATTO CON UTENTI CHE VIVONO FORME DI DISAGIO SOCIOECONOMICO E VIOLENZA

- Il T-test per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, ha mostrato una differenza statisticamente significativa rispetto alla capacità di empatia, misurata tramite BEES – Balanced Emotional Empathy Scale . In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato ( $19,9 \pm 11,08$ ) presentano livelli più elevati in relazione ai punteggi relativi all'empatia rispetto a coloro che non entrano in questo tipo di relazione continuativa nel tempo ( $6 \pm 8,7$ ); ( $t=2.615, p<.05$ ).

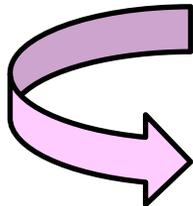


# Conclusioni

Questi risultati sottolineano le possibili **ripercussioni a livello psicologico** legate ad una peculiare **tipologia di violenza**.



In accordo con differenti autori, lavorare su questi aspetti, potrebbe essere rilevante al fine di identificare l'emergere del disagio esperito, promuovendo **interventi psicologici volti** a lenire e gestire le problematiche legate a condizioni di violenza e marginalità. (Briere&Jordan, 2004; Krantz&Garcia-Moreno, 2005; Krauss, 2006)



Ulteriori analisi potrebbero essere volte ad approfondire le differenze in relazione a chi ha avuto accesso agli interventi attuati nel corso della ricerca



MENU



27/34

101D3000 DSC\_0029.JPG  
22/02/2017 12:13:30

FINE  
3872x2592

**“Delle ali e un altro apparato per respirare che ci  
permettessero di attraversare l’immensità degli spazi,  
ci sarebbero inutili,  
perché se salissimo su Marte o Venere  
conservando gli stessi sensi,  
questi rivestirebbero dello  
stesso aspetto delle cose della Terra  
tutto quello che potremo vedere.**

**L’unico vero viaggio, l’unico bagno di giovinezza,  
sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri cento  
occhi, vedere l’Universo con gli occhi di un altro, di cento altri,  
vedere i cento Universi che ciascuno vede, che ciascuno è.”**

**Marcel Proust**

# Bibliografia

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J., Jordan, C.E. (2004), Violence against women: Outcome complexity and implications for treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 19: 1252-1276
- Caplan G. (1964), *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic books, New York
- Dervries K.M., Mak J.Y.T., Garcia-Moreno C., Petzold M., Child J.C., Falder G., Lim S., Bacchuz L.J., Engell R.E.m Rosenfeld L., Pallitto C., Vos T., Abrahams N., Watts C.H. (2013), The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women, *Science*, 340(6140): 1527-1528
- Devries1 K.M., Mak J.Y.T., García-Moreno C., Petzold M., Child J.C., Falder G., Lim S., Bacchus L.J., Engell R.E., Rosenfeld L., Pallitto C., Vos T., Abrahams N., Watts C.H. (2013) The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women, *Science*, 340(6140), pp. 1527-1528
- Dutton M.A (1992), *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*, New York: Springer.
- Endler N.S., Parker J.D.A.. *Coping Inventory for Stressful Situations: Manual. Multi-Health System*, Toronto, 1990
- Evans C., Mellor-Clark J., Margison F., Barkham M., Audin K., Connell J., McGrath G. (2000), CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation, *Journal of Mental Health*, 9, 247–255
- Evans C. Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Mellor-Clark J., Audin K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM, *British Journal of Psychiatry*, 180, (1) 51-60
- Friedrich M.J. (2013), Violence against women, *The Journal of the American Medical Association*, 310(7):682
- Goldberg D. (1978), *Manual of the General Health Questionnaire*, NFER Publishing
- Guarino A., Di Blasio P., D'Alessio M., Camisasca E., Serantoni G.) (2008), *PSI Parenting Stress Index - Forma breve. Adattamento italiano*, Giunti O.S
- Istat (2015), *La violenza contro le donne: dentro e fuori la famiglia*
- Istat (2016), *La povertà in Italia*
- Krantz G., Garcia-Moreno C. (2005), Violence against women, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59: 818-821
- Krauss H.H. (2006), Perspective on violence, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1)
- Lewin K. (1946), Action research and minority problems, in G.W. Lewin (Ed.) *Resolving Social Conflicts*, New York: Harper & Row (1948).
- Maslach C., Jackson S.E.. *Maslach Burnout Inventory*. 2. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1981
- Mehrabian A. (1996), *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*, unpublished.
- Meneghini A.M., Sartori R., Cunico L. (2012) *Adattamento italiano della Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) di Albert Mehrabian*. Edizione Giunti organizzazioni speciali (OS).
- Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M. (2009), Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM), *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5):444-449
- Piccinelli M., Bisoffi G., Bon M. G., Cunico L., Tansella M. (1993), Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: A comparison between three scoring methods, *Comprehensive Psychiatry*, 34(3): 198–205
- Pisanti R., Lucidi F., Bertini M., (2001), Stress lavorativo e strategie di coping: effetti sul burnout in un gruppo di insegnanti. *Psicologia della Salute*, 3:71-86
- Satyanarayana V.A., Chandra P.S., Vaddiparti K. (2015), Mental health consequences of violence against women and girls, *Current Opinion in Psychiatry*, 28(5), pp.350-6.
- Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993). Adattamento e taratura per l'Italia. In C. Maslach & S. Jackson, *MBI Maslach Burnout Inventory. Manuale*. (pp. 33-42). Firenze: Organizzazioni Speciali
- Vyas S., Heise L. (2016), How do area-level socioeconomic status and gender norms affect partner violence against women? Evidence from Tanzania, *International Journal Public Health*, Epub
- WHO (2013), Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, *World Health Organization*, Geneva,